

P-185

看護師が行っている転倒予防対策 —転倒リスクのある患者の情報共有にむけて—

盛岡赤十字病院 看護部

○清水^{しみず} 絵梨^{えり}、猿舘優佳利、菅野 美咲

1 はじめに
看護師が行っている転倒予防対策は、付き添い歩行、見守りなどがある。しかし同じ見守りでも看護師個々の判断でどこまで見守るのが異なっている。看護師個々の転倒予測と予防対策が共有できれば転倒予防に繋がるのではないかと考え、病棟看護師の転倒予測と予防対策の実態を調査した。

2 研究方法
1) 転倒要因と援助に関する半構成的面接：A病棟看護師20名に患者移動の2場面の写真を提示し転倒の危険性と援助を聴取。2) 転倒予防対策の共有に関するアンケート

3 結果
1) 転倒要因と援助に関する面接:事例1の転倒危険性の理由は【患者の病状とキャラクターに関すること】【不安定な姿勢】【点滴に関すること】【不適切な履物】の4項目に分類された。援助内容は【見守りする】【ナースコールを押すように説明する】【ポータブルトイレ・尿器を勧める】【声を掛ける】の4項目に分類された。事例2の転倒危険性の理由は【高齢・認知症であること】【不安定な姿勢】だった。援助内容は【センサーの使用と評価】【患者の観察と直接的援助】【環境整備】【看護師同士の連携】の4項目に分類された。

2) 転倒予防対策の共有に関するアンケート：自分が感じた危険性や自分の行っている援助方法を共有するためには「カンファレンスで共有」と答えた人が14名、「申し送りで次の勤務者に伝える」が9名「看護記録に記述」が6名「担当看護師に報告」が3名であった。

4 考察
事例を提示しての面接からはA病棟の看護師は転倒リスクを予測することはできているが具体的で個性のある対策が挙がっていない。チーム内での情報共有は、カンファレンスの実施により行っているが、転倒リスクの高い患者への具体的に適切な援助内容を共有することが出来れば転倒予防につながる事が解った。

P-187

部署における誤薬防止に向けた「5R確認の推進」と「与薬業務の整備」

長岡赤十字病院 看護部

○栗原^{くりはら} 直子^{なおこ}、関谷 陽子、水落 清美

【目的】平成24年4月、医療安全推進室から「内服薬与薬確認書の運用手順」が改正された。運用手順を推進する中で、部署において「内服薬の与薬業務が未整備」「与薬時の5R確認の定着が不十分」など課題が挙がった。今回、誤薬防止に向けて、5R確認行動のシミュレーションを実施、また適切に運用手順を運用するために与薬業務の整備を行った。

【方法】1看護師22名を対象に与薬時5R確認・確認行動のシミュレーション実施5カ月後、5R確認・確認行動のチェック2.与薬業務の問題点の抽出と業務の取り決め事項の決定及び運用3カ月後、定点調査

【結果】1. 5R確認・確認行動のチェック:5R確認は注射薬67%、内服薬100%実施。5R確認行動で「投与方法確認」は注射薬60%と低値。「患者からの名乗り」は注射薬90%・内服薬71%と差があった。2-1部署における内服に関する取り決め事項:「患者管理・看護師管理の決定」リーダーと担当者の2名で決定「頓用薬・化学療法に関する全内服薬の管理」看護師管理「患者管理薬の内服確認」確認用ケースの使用(空ヒートの保管を患者に依頼)など。2-2定点調査:「頓用薬・化学療法に関する全内服薬の管理を看護師が実施」100%。「与薬時(外泊)のサインの記載漏れ」20%。「頓用薬の内服状況の記録」100%

【考察】5Rの確認行動で特に、注射薬の「投与方法の確認」が定着できていないことがわかった。「ボトル=DIV」・「シリンジ類=IV」など、形状を視覚で認識し思い込んでしまう傾向のあることが一要因と考えられる。誤薬防止に向け、継続的にシミュレーションを実施し5R確認・確認行動の体得を目指す必要がある。

P-186

A病院消化器センターの転倒転落の現状と今後の課題

旭川赤十字病院 消化器センター

○鈴木^{すずき} 裕也^{ゆうや}、池田雄太郎、石崎 愛都、示沢 瑠菜、石村 祥子、山田 弘美

【目的】A病院では、転倒転落防止に向けてアセスメント結果に応じて事故防止対策を実践している。平成24年度の当センター転倒転落発生率は0.96%であった。今回、1年間の当センターにおける転倒転落発生要因分析により現状を把握し、今後の課題を明確にすることを目的に調査した。

【研究方法】期間：平成24年4月～平成25年3月。対象：当センター入院中に転倒転落が発生した16名。方法：事故報告書・転倒転落アセスメントシートより発生の背景要因を単純集計した。

【倫理的配慮】個人が特定されないようにデータ処理した。

【結果】年齢の平均は69.5歳(52～87歳)、危険度は全てレベル2以上であった。発生時間帯は日勤帯1名、他は全て夜勤帯であった。安全用具を使用していた患者は8名(50%)で、うち3名は安全用具の作動確認不足が要因であった。そのため安全用具の使用状況をチェックする「安全用具チェック表」(以下チェック表)を導入したところ、その後の転倒転落は発生しなかった。安全用具の使用を拒否した患者は3名(19%)で全てが50歳代であり、アセスメント項目では「ふらつき」「倦怠感」「できると思い込む」に該当していた。疾患に伴う状態変化により転倒した事例は8名(50%)で、うち5名は状態変化を予測したアセスメントがなされていなかった。

【考察】安全用具作動確認は夜勤帯に抜けやすい傾向にあり、夜間帯にもチェックできるチェック表の導入は効果的であったといえる。安全用具を拒否した患者は年齢が若く、身体状態への過信が影響しているものと考えられた。今後も状態変化に伴う危険性をアセスメントし、患者・家族の協力参加を促した防止策が重要となる。現在実施している患者と共にアセスメントの継続と、状態変化を予測したカンファレンスの充実が課題である。

P-188

看護師長対象の災害時多数傷病者受け入れシミュレーションの試み

さいたま赤十字病院 看護部

○濱谷^{はまや} 寿子^{ひさこ}、中村 武、池田 稔子

災害拠点病院であるA病院に於いて、院内災害対応訓練前の各論として実施した看護師長対象の災害時多数傷病者受け入れシミュレーションの展開を振り返り、看護管理者に対する災害時対応の学習方法について考察する。学習目的は、初動時の看護部門CSCAの確立である。対象者は看護師長とし、ハーフスケールトレーニングとして多数傷病者受け入れシミュレーションを展開し、事後に本部立ち上げ訓練のDVD視聴とグループワークを実施する2段階の方法とした。学習目標は、新設エリア・既設部門間の情報管理と統制方法を知り、災害時診療の采配・看護マネジメントと、看護管理者の役割行動について考えが深められる事とした。学習効果の例では、混乱すると予測される情報管理の方法論に関する提案、通常勤務では経験していないエリア配置を疑似体験する事で、そのタスク遂行に関する困難さと協力への理解が得られた。実情に沿った既定の役割以外に、被災状況に応じて既定外配置になった場合の管理行動について、具体的な意見交換がなされた。発災時の看護管理者の役割は重要である。今回の学習内容は、メリルのID第一原理を参考とした。例えば、原理1「現実世界の問題解決に取り組む時、学習が促進される」では、首都直下型・東海地震等の予想から身近な問題となった背景がある。原理2「既に知っている知識を動員する」から、看護師長の既知知識と学習ニーズの高さにマッチする「将」の役割を果たす参加型トレーニングを選択した。結果、有事への切り替えが出来る様に日常管理を振り返り、更にスタッフ教育への還元に繋がると期待出来た。現在、院内レベルでの災害対応体制強化の途上にある。学習者中心の効果的な訓練方法を継続して進めていきたい。

10月18日(金)
ポスター
抄録